

окружения. Психодиагностическая работа с семьями испытуемых показала наличие нарушенных внутрисемейных взаимоотношений, деструктивных способов разрешения конфликтных ситуаций в детско-родительских отношениях. Применение клинического метода в работе с родителями позволило определить причины подобных нарушений: низкий социальный и материальный статус семьи, неудовлетворительная (с точки зрения самих родителей) организация жизненного пространства, неблагоприятная профессиональная среда. Перечисленные факторы отрицательно влияют на внутрисемейные отношения, деформируя как личностные особенности самих супругов, так и личностные особенности детей.

В результате у последних отмечался высокий уровень невротических реакций, большое психоэмоциональное напряжение, склонность к депрессиям. Кроме того, дети и подростки с функциональными нарушениями сердечно-сосудистой системы демонстрировали ярко выраженную потребность в любви и признании со стороны других людей, которая коррелировала с достаточно низким уровнем социальной адаптации. Невозможность установить конструктивные взаимоотношения с окружающими в сочетании с актуальной потребностью в общении отражаются на соматическом состоянии детей и подростков, формируя, в первую очередь, сердечно-сосудистые патологии.

Дальнейшее исследование проблемы психосоматических заболеваний требует, очевидно, объединение усилий специалистов из смежных научных отраслей: психологии, психофизиологии, медицины, социологии, педагогики и экологии. В таком случае становится возможным не только диагностическое исследование, терапевтическое и коррекционное воздействие, но и осуществление превентивной, профилактической работы.

Примечания

1. Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С. Психосоматические расстройства у детей. М., 2000
2. Белокозь Н.А. Болезни сердца и сосудов у детей: В 2-х томах. М., 1987. Т.1.
3. Исавел Д.Н. Психосоматическая медицина детского возраста. СПб., 1996.
4. Любим-Плюща Б. Психосоматический больной на приеме у врача / Пер. с нем. В.Д. Вида. СПб., 1994.
5. Школьников М.А. Жизнеугрожающие аритмии у детей. М., 1999.

*Т.В. Рогачева
(Екатеринбург)*

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Инфаркт миокарда занимает одно из первых мест в структуре заболеваемости современного человека. Привлечение психологов к исследованию причин коронарной болезни позволяет во многом по-новому взглянуть на этот феномен нашего века. В нашем исследовании на выборке 140 пациентов, перенесших острый крупноочаговый инфаркт миокарда, мы рассмотрели, как складывается отношение к этому грозному заболеванию.

Оказалось, что показатель "отношение к болезни" тесно коррелирует с переменными, называемыми обычно "объективными данными". Так, отношение к болезни в зависимости от уровня образования распределилось следующим образом:

Соотношение уровня образования и типа отношения к болезни, %

Отношение к болезни	Среднее образование	Средне-специальное образование	Высшее образование	Всего
Гармоническое	2,61	7,48	13,6	23,69
Эргопатическое	6,54	4,54	2,8	13,88
Анозогиогическое	0,93	0	0,93	1,87
Сензитивное	13,6	2,8	0,93	17,33
Смешанное	12,1	5,61	1,87	19,58
Диффузное	12,15	7,85	2,48	22,48

Как видно из таблицы, чем выше уровень образования, тем больший процент гармоничного отношения больных к своему заболеванию и чем ниже уровень образования, тем чаще встречаются противоречивые (диффузное и смешанное) типы отношения к болезни. Если учесть, что выборка состоит из 48% людей со средним образованием, 29% — со средне-специальным, а 23% имеют высшее образование, то можно сделать вывод о прямой зависимости рисунка поведения в болезни от уровня образования.

Уровень образования, в свою очередь, непосредственно связан с содержательной стороной профессиональной деятельности. Так, среднее образование, учитывая, что в выборку вошли

83% мужчин, предполагает физический труд, а высшее — интеллектуальный труд. У лиц, выполнявших физический труд до инфаркта, наиболее часто встречаются невротические модели поведения (35%), тогда как у лиц, выполнявших преимущественно интеллектуальный труд невроз встречается у 21% больных. С другой стороны, отсутствие физического труда в анамнезе имеют 27,5% пациентов, а интеллектуального труда — 41% больных с невротическими паттернами поведения. Поэтому наличие невротических моделей поведения прямо пропорционально уровню образования.

Математическая обработка результатов, полученных с помощью методики Сонди, позволяет выделить так называемые коренные, т.е. генетически определенные, факторы. Гипотетически мы предположили, что противоречия между наследуемыми и диктуемыми социумом потребностями приведут к экзистенциальным деформациям. В первую очередь это отразится на состоянии здоровья личности, приведя к болезни и, во-вторых, повлияет на отношение к своему заболеванию.

Проанализируем главные коренные факторы, выявленные в выборке пациентов, перенесших инфаркт миокарда. На первом месте оказалась потребность в признании и уважении со стороны других людей (h⁺). Каким образом "предок" собирается удовлетворять данную потребность? Для пациентов с инфарктом миокарда характерен такой вариант — другие люди будут проявлять уважение к твоей личности, если ты будешь демонстрировать активные модели поведения (s⁺), доброту и справедливость, страх нарушить определенные культурные традиции (e⁺), а также стремиться к свободе, избавившись от любых "сожителей", чтобы хоть раз "пройтись по саду одному" (Р.М. Рильке, m⁺).

Богатство вариантов выбора, основанных на "многоаллельности" различных генетических комбинаций, указывает на то, что человек может проявить себя в самых различных формах существования, в том числе и в болезни. Рассмотрим, как актуальные потребности у пациентов, перенесших инфаркт, сочетаются с генетическими факторами.

На первом месте среди актуальных потребностей находится фактор (h), знак которого сменился на противоположный и сигнализирует нам о том, что самой актуальной потребностью у большинства опитантов выступает потребность в персональной любви. "Отношение, что нет ничего проще, чем любить, — так и остается преобладающим, несмотря на многочисленные свидетельства обратного. Вряд ли есть хоть одна другая деятельность или занятие, к которому приступали бы с такой безграничной надеждой и упованием, и которое неизменно оканчивалось бы неудачей, как любовь", — писал Э. Фромм [4, 77]. На постоянные неудачи в персональной любви сигнализируют нам показатели вытесненных потребностей, где данная потребность занимает первое место (40%).

Социальная ситуация, в которой оказались больные, имеющие в анамнезе инфаркт миокарда, одобряла лишь "потребность быть Авелем", запрещающая человеку быть активным, да еще и свободным. Смена судьбы, таким образом, заключается в подчинении требованиям социума, в отказе от активности (s⁻) и постоянных злости, раздражительности и ненависти (e⁻), как следствии замены одного навязанного жизненного пути на другой, такой же навязанный.

Анализируя результаты, полученные с помощью методики Л. Сонди, мы обратили внимание на интересные данные по кардинальной смене вектора направленности потребности в добре и зле у больных с инфарктом миокарда. Данная потребность относится, по Сонди, к параксизмальному побуждению, которое защищает личность от внешних и внутренних опасностей. В основе этого фактора лежит стремление к справедливости, но данное стремление может быть двояким, с одной стороны — терпеливым, со страхом обидеть, через желание всем добра (e⁺) и с другой стороны — злобным, агрессивным, завистливым, ревнивым (e⁻). То есть справедливость понимается по-разному. У Каина субъективное представление о справедливости. "Хорошо", это значит, ему хорошо, ради собственной справедливости он готов взрывать и крушить все на своем пути. В стремлении к справедливости он накапливает чувства злости, зависти, ревности, мести, которые должны разряжаться на других людях. Именно эти чувства, а не разум, управляют им.

Справедливость Авеля общечеловеческая, "чтобы хорошо было всем", что также имеет свои недостатки. Авель терпелив, он боится обидеть нечаянно кого-то своими действиями или словами, он не может выступать в роли судьи как другим, так и себе. К справедливости он идет через чувство любви к людям, сострадание, чувство добра.

Каждый пятый человек, перенесший инфаркт миокарда, имеет в коренном факторе Авеля, т.е. социально-позитивное поведение со склонностью к добру и справедливости. Средний возраст в данной группе говорит нам о том, что большинство этих людей родилось либо во время Великой Отечественной войны, либо сразу после нее и воспитывалось в основном женщинами. Отсюда можно предположить, что ведущими моделями поведения здесь выступают стремление к справедливости и терпимости, служение людям, чувство долга. Но мы помним, что эта эпоха "обезображенного мира и обезображенного общества" (Д. Андреев) требовала от каждого, во-первых, не отклоняться от идеологических штампов, во-вторых, не показывать ни тени сомнения в справедливости выдвинутых лозунгов. И эта ситуация разворачивалась не только где-то во внешнем мире, она формировалась прежде всего в душах, во внутреннем пространстве личности. Отсюда у 43% пациентов с инфарктом миокарда в качестве одной из основных актуальных потребностей выступает социально-негативный фактор (s⁻) как "просто предоставление себя стихийному ходу дела, потоку" (М.К. Мамардашвили). В.С. Барулин так раскрывает данную ситуацию: "В обществе партийно-государственного абсолютизма господствовало определенное безразличие по отношению к конкретной человеческой индивидуальности, идущее из глубин российской государственности, и ее политической ментальности, которое до поры до времени сочеталось с определенным энтузиазмом части рабочих и крестьян, их преданностью абсолютизму. Но когда реальное положение тех же рабочих и крестьян не улучшалось, а их зависимость, несвобода укрепились, то на безразличие к индивиду партийно-государственного абсолютизма российский человек ответил встречным безразличием, равнодушием" [1, 360].

Возникает вопрос: "Где Я подлинно, каково Я само по себе?" Разумеется, каждый может жить без проблемы своего подлинного Я, просто уйти в сущее, тварное, в череду действий, впечатлений и пр., но такое существование бессмысленно, и, следовательно, безответственно. Человек расслапчивается навязанную, неосознанную судьбу, расслапчивается в том числе и телесно, ибо телесность является тем, через что и чем существует Я, выступая осью и центром мира вообще и личностного мира в частности.

В статистическом анализе представлена еще одна коренная потребность, имеющая большой вес. Эта потребность входит, по Сонди, в вектор Я и трактуется судьбоанализом как Я-влечение или влечение к самосохранению (k). "Сущность позиции фактора k в занятии позиции подтверждения, или, соответственно, отрицания. Его функция становится понятнее в двух его противоположных Я-функциях: во включении = интроекции (k+) и в отрицании = негации (k⁻)", — пишет Сонди [2, 225].

Коренная потребность у больных, перенесших инфаркт, чаще представлена интроекцией как стремлением Я овладеть, присоединять, капитализировать представляющие ценность объекты и представления, все ценное, содержащееся во внешнем и внутреннем мире. Именно эта потребность, удовлетворяясь, приводит к идентифицированию собственной личности с другими людьми. Конечная цель такой потребности — получившее одобрение изначальное человеческое стремление "все иметь" и тем самым гарантировать себе безопасность. То есть интроекция является для Я мостом к восприятию внешнего мира через исследование внутреннего мира.

Другими словами, в мире необходимо делать какие-то шаги, выбирать, с чем соглашаться, а чему сказать "нет" или вытеснить его в бессознательное. Сказать "да" — это включить какое-то желание в свое Я, начать реализовывать его, присоединять к себе в реальности как элемент судьбы. Поэтому большинство больных, перенесших инфаркт, по генетически детерминированной потребности являются "заинтересованными в чем-нибудь в мире" [2, 233]. Сонди так объясняет данную потребность: "Например, если человек хочет быть всемогущим как Бог, он — сумасшедший. Однако если он интроецирует желание быть богом в свое Я, а инфлятивную тенденцию быть богом реализует через научные интересы в области мифологии, религии, религиозной психологии, то он обезоруживает ведущую к сумасшествию опасность инфляции путем внедрения стремлений бытия в Я. С этого момента он уже не желает быть богом, он довольствуется тем, что питает особый интерес к богам и, благодаря этому, становится мифологом или теологом" [2, 234].

Однако в актуальном состоянии данная потребность трансформировалась в отрицание (k⁻), главным смыслом которого является команда "нельзя". Каждый третий больной из выборки демонстрирует стремление к избеганию, торможению, отчуждению и вытеснению определенных притязаний, которые, с точки зрения Я, угрожают самосохранению. В первую очередь Я старает-

ся избегать предосудительных побудительных порывов из мира Оно, отрицать и сдерживать их и, благодаря этому отрицанию, приспосабливаться к требованиям окружающего мира, морали, угождать Сверх-Я как правилам и запретам конкретной культуры. Сонди указывает, что человек, имеющий в актуальном состоянии негалидо, в первую очередь имеет "стремление подавлять свою одержимость в любви и в желании идеального бытия.... отрицает или избавляется от безрадостного одиночества, заставляет вытеснить из себя любые чувства инцестуозной любви или инцестуозной ненависти" [2, 227], то есть проявляет себя как человек с социализированными, общественно направленными и одобренными стремлениями. Можно констатировать, что адаптация в конкретном обществе привела Я к отчужденному, скованному, отрицающему наличие каких-либо ценностей в мире, а главное, ценность собственного Я, человеку.

Определение своих возможностей и возможностей мира по отношению к Я, проявление ситуации, в которой находится человек для того, чтобы принимать решения, связано с другим побуждением, обозначенным Сонди как р. Совместно два побуждения — р и к — образуют вектор Sch, лежащий в основе существования Я. "В словарном запасе психоаналитического учения о влечениях термин "Я-влечение", без сомнения, наиболее богат парадоксами.... В учении о невротизмах аналитиков Я и потребности с самого начала представлены как "официальные" противники в душе... Но в работе "Я и Оно" Фрейд определял Я как некую часть Оно, бессознательного, которая под воздействием внешнего мира становится им, благодаря чувственному осознанию. Согласно этому определению, Я является вычленившейся частью Оно, то есть относится к побуждениям. Я старается также выяснить, какое воздействие оказывает внешний мир на Оно и на его намерения, стремится к тому, чтобы на место имеющего неограниченную власть принципа удовольствия поставить принцип реальности. Осознание играет в Я ту же роль, что и побуждение в Оно... Прежде всего, Я является по сути чем-то телесным, не поверхностью, а проекцией себя на поверхность [2, 219].

Поэтому позиция, занимаемая Я в мире, невротична, что подтверждает большой вес переменной "невроз", вошедшей в данный фактор, причем в основной группе невротические модели поведения выявлены у 40%, а в контрольной — у 65% опрошенных. Этим объясняется установленный нами факт, что наиболее часто встречающееся отношение к своему заболеванию по всей выборке — диффузное, состоящее из нескольких типов (21%). Причем в основной группе этот процент немного ниже, чем в контрольной группе. У пациентов основной группы диффузное отношение к болезни состоит из сенситивного, ипохондрического и тревожного типов, которые не противоречат, а взаимно дополняют друг друга, проясняя для исследователя модель поведения в болезни, связанную с уходом в себя, концентрацией на внутренних переживаниях по поводу перенесенного инфаркта.

В контрольной же группе в диффузный тип входят: меланхолический тип (как удрученность своей болезнью, неверие в выздоровление, в успех лечения, депрессивные высказывания вплоть до суицидальных, пессимизм), сенситивный тип, невротический тип (как поведение по типу "раздражительной слабости") и дисфорический тип (как зависть и ненависть по отношению к здоровым, требования особого внимания, склонность к обвинению других в своей болезни). Таким образом, в контрольной группе наблюдается противоречивая картина болезни, так как пациенты демонстрируют, с одной стороны, внешнюю проявленность болезни через попытки привлечь к себе внимание, злость, раздражительность по отношению к другим людям. С другой стороны, они ориентированы на внутренние, субъективные ощущения, которые ими с трудом дифференцируются и плохо описываются.

В актуальном состоянии обобщенный портрет больных, перенесших инфаркт миокарда, на передний план выводит модель поведения воинствующего гуманиста, человека, сражающегося за справедливость. Вероятнее всего, эта борьба является сублимированной агрессивностью, ведь "всяческое зло в человеке — ненависть, самолюбие, тщеславие, злорадство... — не есть свидетельство бездушия, а напротив, имеет духовное происхождение, есть признак какой-то особой напряженности духовной жизни. В конечном счете, оно проистекает из оскорбленного чувства человеческого достоинства" [3, 62].

Примечания

1. Барудин В.С. Российский человек в XX веке: потери и обретения себя. СПб., 2000.
2. Сонди Л. Учебник по экспериментальной диагностике побуждений. Кишинев, 1995.
3. Франк С.Л. Достоевский в кризис гуманизма // Путь. 1931. С.57–81.